

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNEE 1955

Nº

THESE 254

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

PAR

CHOUKROUN, HENRY, YAMINE

Né le 15 Juillet 1924 à BERKANE (Maroc)

Présentée et soutenue publiquement le

1955

AU SUJET DE QUELQUES OBSERVATIONS
DE

• TORSION DU TESTICULE •
CHEZ L'ADULTE

PRESIDENT : Monsieur le Professeur Pierre B R O C Q

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

PAR

CHOUKROUN, HENRY, YAMINE

Né le 15 Juillet 1924 à BERKANE (Maroc)

Présentée et soutenue publiquement le

1955

AU SUJET DE QUELQUES OBSERVATIONS
DE
TORSION DU TESTICULE
CHEZ L'ADULTE

PRESIDENT : Monsieur le Professeur Pierre B R O C Q

DOYEN HONORAIRE :

M. BAUDOUIN

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BAUDOUIN, BRINDEAU, CADENAT, CARNOT, CHABROL, CHEVASSU, CHIRAY, CLERC, DELBET, COUGEROT (H.), GUILLAIN, HARVIER, LAUBRY, LEMAITRE, LEMIERRE, LHERMITTE, LIAN, LOEPER, MARION, MATHIEU, MOCQUOT, MULON, OLIVIER (E.), OMBREDANNE, SANNIE, SEZARY, TANON.

DOYEN

Léon BINET

Membre de l'Institut

ASSESEUR :

Jean VERNE

PROFESSEURS :

ANATOMIE
ANATOMIE PATHOLOGIQUE
BACTERIOLOGIE
BIOLOGIE APPLIQUEE A L'EDUCATION PHYSIQUE et AUX SPORTS
BIOLOGIE MEDICALE
CANCEROLOGIE MEDICALE ET SOCIALE
CARCINOLOGIE
CHIMIE MEDICALE

MM. CORDIER (G.)
DELARUE (A.)
GASTINEL (P.)
CHAILLEY-BERT (P.)
VERNE (J.)
HUGUENIN (R.)
OBERLING (C.)
JAYLE
BROCC (P.)
DE CAUDART D'ALLAINES (P.)
MONDOR (H.)
QUENU (J.)
MERLE D'AUBIGNE (R.)

CLINIQUE CHIRURGICALES

Hôtel-Dieu
Broussais
Salpêtrière
Cochin

CLINIQUE CHIRURGICALE REPARATRICE ET ORTHOPEDIQUE

DONZELOT (E.)
PEVRE (A.)
MONOD (R.)
BERNARD (E.)
PETIT-DUTAILLIS (D.)
LELONG (M.)
DEGOS (R.)
CHEVALLIER (P.)
ALAJOUANINE (T.)
DEBRE (R.)
MOLLARET (P.)
DELAY (J.)
FUNK-BRENTANO (P.)
BENARD (H.)
LAROQUE (C.)
MOREAU (R.)
DE GENNES (L.)

CLINIQUE DE CARDIOLOGIE
CLINIQUE DE CHIRURGIE INFANTILE ET d'ORTHOPEDIE
CLINIQUE DE CHIRURGIE PLEURO-PULMONAIRE
CLINIQUE DE LA TUBERCULOSE
CLINIQUE DE NEURO-CHIRURGIE
CLINIQUE DE PUERICULTURE
CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITQUES
CLINIQUE DES MALADIES DU SANG
CLINIQUE DES MALADIES DU SYSTEME NERVEUX
CLINIQUE DES MALADIES DES ENFANTS
CLINIQUE DES MALADIES INFECTIEUSES
CLINIQUE DES MALADIES MENTALES ET DE L'ENCEPHALE
CLINIQUE GYNECOLOGIQUE

CLINIQUE MEDICALES

Hôtel-Dieu
Bichat
Cochin
Broussais

CLINIQUE MEDICALE D'HYDRO-CLIMATOLOGIE THERAPEUTIQUE
CLINIQUE MEDICALE PROPEDEUTIQUE

JUSTIN-BESANCON (L.)
PASTEUR VALLERY-RADOT (L.)

**CLINIQUE MEDICO-SOCIALE DU DIABETE SUCRE
et des MALADIES DE LA NUTRITION**

BOULIN (R.)

CLINIQUE OBSTETRIQUES

Tarnier
Baudelooque
Port-Royal

LANTUEJOL (P.)
LEVY-SOLAL (E.)
LACOMME (M.)
VELTER (E.)
AUBIN (A.)

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE

CLINIQUE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE

CLINIQUE PHYSIO-PATHOLOGIQUE DES PROBLEMES ALIMENTAIRES

(Chaire à titre personnel)

CLINIQUE PSYCHIATRIQUE INFANTILE

CLINIQUE RHUMATOLOGIQUE ET SOCIALE

CLINIQUE STOMATOLOGIQUE

CLINIQUE THERAPEUTIQUE CHIRURGICALE

CLINIQUE THERAPEUTIQUE MEDICALE

CLINIQUE UROLOGIQUE

EMBRYOLOGIE

GENETIQUE

HISTOIRE DE LA MEDECINE ET DE LA CHIRURGIE

HISTOLOGIE

HYGIENE ET CLINIQUE DE LA PREMIERE ENFANCE

HYGIENE ET MEDECINE PREVENTIVE

MEDECINE DU TRAVAIL

MEDECINE LEGALE

PARASITOLOGIE ET HISTOIRE NATURELLE MEDICALE

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

PATHOLOGIE EXOTIQUE

PATHOLOGIE EXPERIMENTALE ET COMPAREE

PATHOLOGIE HUMORALE ET IMMUNOLOGIE EXPERIMENTALE

(Chaire à titre personnel)

PATHOLOGIE MEDICALE

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE GENERALES

PEDIATRIE SOCIALE

PHARMACOLOGIE ET MATIERE MEDICALE

PHYSICO-CHIMIE MEDICALE (Chaire à titre personnel)

PHYSIOLOGIE

PHYSIQUE MEDICALE

RADIOLOGIE MEDICALE

TECHNIQUE CHIRURGICALE

THERAPEUTIQUE

RICHET (C.)
HEUYER (C.)
COSTE (F.)
DECHAUME (M.)
SENEQUE (J.)
LEMAIRE (A.)
FEY (B.)
CIRLOUD (A.)
LAMY (M.)
MOUQUIN (M.)
CHAMPY (C.)
CATHALA (J.)
JOABNON (C.)
DESOILLE (H.)
PIEDELIEVRE (R.)
CALLIARD (H.)
MENECAUX (G.)
LAVIER (G.)
LENEGRE (J.)

BERKLEN (F.-P.)
BARIETY (M.)
GARCIN (J.)
MARIE (J.)
HAZARD (R.)
DOGNON (A.)
BINET (L.)
STROHL (A.)
DESOREZ (H.)
MOULONCUE (P.)
TURPIN (R.)

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE, MAITRES DE CONFERENCE-AGREGES ET AGREGES

ANATOMIE	MM. (DEBEYRE (J.) (DELMAS (A.) Pr.s.ch.	DERMATO-SYPHILIGRAPHIE (DUPERRAT (F.) HISTOLOGIE (BULLIARD (H.) (Pr.s.ch.
ANATOMIE PATHOLOGIQUE	(N... (CAUTHIER-VILLARS { Melle P. Pr.s.ch.	(COWJARD (R.) (N... (DERRAY (C.)
	(BUSSEY (F.) (GOUYCOU (C.)	(BOYER (J.) (DEMARIS (M.)
BACTERIOLOGIE	(FASQUELLE (R.) (NEVOT (A.) (BOURLIERE (F.)	MEDECINE LEGALE et DU TRAVAIL (DEROBERT (L.) (GAULTIER (M.) (HADENCUE (A.)
BIOLOGIE MEDICALE	(ETTORI (J.) (Pr.s.ch.	NEUROCHIRURGIE (DAVID (M.) NEUROLOGIE (SEZE (S. de)
CHIMIE MEDICALE	(JAYLE (M.F.) (Pr.s.ch. (SHAPIRA (G.)	OBSTETRIQUE (CRASSET (J.) (LEPAGE (F.) (MAYER (M.)

OBSTETRIQUE (Suite)	(MERGER (R.) (MORIN (P.) (RAVINA (J.) (VARANCOT (J.)	PATHOLOGIE MEDICALE Suite	(PEQUIGNOT (H.) (PERRAULT (M.) (RAMBERT (P.) (THIEFFRY (S.) (TURIAF (J.)
OPHTALMOLOGIE	(OFFRET (G.) (DESVIGNES (P.)	PEDIATRIE	(LAPLANE (R.) (N...
ORTHOPEDIE	(JUDET (R.)		
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	(HALPHEN (E.) (Pr.s.ch. (AUBRY (M.) (MADURO (R.)	PHARMACOLOGIE	(LEVY Melle J. (Pr.s.ch. (CHEYMOL (J.H.) (Pr.s.ch.
PARASITOLOGIE	(BRUMPT (L.) (CHABAUD (A.)	PHYSIOLOGIE	(BARCETON (D.) (Pr.s.ch. (PARROT (J.L.)
PATHOLOGIE CHIRURGICALE	(ABOULKER (P.) (BAUMANN (J.) (COSSET (J.) (HUGUIER (J.) (LAURENCE (G.) (LEGER (L.) (LORTAT-JACOB (J.) (OLIVIER (Cl.) (PADOVANI (P.) (POILLEUX (M.) (ROUX (M.) (RUDLER (J.C.) (VERNE (J.M.)	PHYSIQUE MEDICALE PNEUMO-PHTISIOLOGIE PSYCHIATRIE PSYCHIATRIE INFANTILE STOMATOLOGIE	(DJOURNO (A.) (Pr.s.ch. (GOUGEROT (L.) (KREIS (B.) (BARUM (H.) (MICHAUX (L.) (CERNEA (P.) (CHAPUT (Mme A.)
PATHOLOGIE EXPERIMENTALE	(N...	THERAPEUTIQUE	(PERRAULT (chargé de (l'enseignement)
PATHOLOGIE MEDICALE	(BERNARD (J.) (BOUDIN (G.) (CASTAIGNE (P.) (CONTE (M.) (DECOURT (J.) (DOMART (A.) (DREYFUS (Gilbert) (FAUVERT (R.) (HAMBURGER (J.) (KOURILSKY (R.) (LAMOTTE (M.) (LAROCHE (C.) (MILLIEZ (P.)	UROLOGIE	(KUSS (R.)

III.- PROFESSEURS HONORAIRES ET AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM. BRINDEAU (A.) (Obstétrique) GATELLIER (J.) (Clinique chirurgicale)
LE LORIER (V.) (Obstétrique) VAUDESCAL (R.) (Obstétrique)

IV.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

	MM. AMELINE (A.)		
<u>Clinique</u>		<u>Clinique obstétricale</u>	EGALLE (G.)
<u>Chirurgicale</u>	PATEL (J.)		
	SICARD (A.)	<u>Clinique ophtalmologique</u>	RENARD (G.)
<u>Clinique</u>	BROUET (G.)	<u>Clinique urologique</u>	CÔUVELAIRE (R.)
<u>Médicale</u>	CACHERA (R.)		
	HAGUENEAU (M.)		
	Fr.s.ch.		
	MARCHAL (G.)		
	SOULIE (E.)		

Secrétaire Général de la Faculté

MM. MOREL (J.)

Secrétaire

Melle CHAINTREUIL (G.)

Conservateur chargé de la direction

Docteur HAHN (A.)

Conservateur

Melle COICHON

Bibliothécaires

Melles DUMAITRE (P.) LE NOIR (G.)
METIN (F.) QUIEVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE, A MA MERE,

Qui sont tout pour moi et resteront
toujours mon plus bel exemple

A MA FEMME,

En témoignage de mon profond amour.

A TOUS LES MIENS,

Que j'associe ici dans un même sentiment
d'immense affection.

b

A MONSIEUR LE PROFESSEUR Pierre B R O C Q

Professeur de la Chaire de Clinique Chirurgicale
de l'Hôtel-Dieu

Chirurgien des Hôpitaux,
Membre de l'Académie de Chirurgie,
Commandeur de la Légion d'Honneur,

Qui a bien voulu nous faire le grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse,

RESPECTUEUX HOMMAGE.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR Pierre A B O U L K E R,

Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine de PARIS,
Chirurgien des Hôpitaux de PARIS,
Chevalier de la Légion d'Honneur,

Il nous a indiqué le titre de cette thèse
et nous a ouvert les portes de son service
à l'Hôpital St-LOUIS,

En remerciement pour l'aide précieuse et
le soutien qu'il a bien voulu nous
accorder en toutes circonstances ,

AVEC L'ASSURANCE DE NOS SENTIMENTS
RESPECTUEUSEMENT ET CORDIALEMENT
DEVOUES.

A MONSIEUR LE DOCTEUR G. WOLFRUM,

A MONSIEUR LE DOCTEUR WETTERWALD,

A MONSIEUR LE DOCTEUR DELINOTTE,

Que nous sommes très heureux de pouvoir
remercier ici pour nous avoir commu-
niqué des observations personnelles
et nous avoir dispensé des conseils
éclairés pour l'exécution de ce
travail.

A TOUS NOS MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DES HÔPITAUX DE PARIS

PRÉAMBULE

Il n'est sans doute pas inutile de rappeler que si la torsion du testicule est une affection rare chez l'adulte, voire même exceptionnelle, on ne doit pas pour autant l'ignorer, ni l'écarter délibérément des diagnostics possibles. En effet, alors que, chez l'enfant, un syndrome douloureux du testicule fait toujours, et d'emblée, penser à l'éventualité d'une torsion du cordon spermatique, un tel diagnostic chez l'adulte est rarement envisagé.

Deux raisons peuvent expliquer cette attitude du médecin : d'une part, la rareté même de l'affection chez l'adulte - et pourtant elle peut exister à tout âge et nous en rapportons un cas chez un homme de 57 ans (Observation N°6); d'autre part, la difficulté d'en faire un diagnostic précis. Aussi est-il certain que nombre de torsions du cordon spermatique restent ignorées ou sont étiquetées, sans preuve, d'épididymites ou d'orchite-épididymites. Par ailleurs, il n'est pas rare de retrouver dans les antécédents d'une atrophie testiculaire un syndrome douloureux plus ou moins aigu et une tuméfaction transitoire de la bourse, traduction clinique probable d'une torsion du cordon spermatique. Souvent, rien ne permet d'en faire le diagnostic, rien en dehors d'une intervention chirurgicale, qui, seule, tente de préserver l'avenir fonctionnel du testicule.

Cependant "l'avenir de la glande testiculaire étant fonction de la précocité de l'intervention" (OMBREDANNE), il est du plus grand intérêt de reconnaître cliniquement très tôt la torsion du cordon spermatique et d'en poser les conditions opératoires.

Nous devons à l'obligeance de nos maîtres de pouvoir rapporter quelques observations de torsion du testicule chez l'adulte, mais il nous a paru intéressant d'exposer auparavant en courts chapitres un résumé de cette question.

HISTORIQUE

C'est en intervenant pour ce qu'il croyait être une hernie inguinale étranglée que DELASIAUVE, en 1840, eut la surprise de découvrir une torsion du cordon spermatique.

En 1852, FOLLIN note l'atrophie testiculaire consécutive à l'affection.

Après les travaux à l'étranger de NICOLADONI, puis de LAUNSTEIN qui en publie dix cas en 1894, et ceux de MAUCLAIRE, LEGEU, LEJARS, SEBILEAU, VAUVERTS et OMBREDANNE en France, le mérite revient à LAPOINTE d'en faire une monographie détaillée en 1904.

En 1913, OMBREDANNE montre que chez l'enfant, l'orchite primitive aigüe est un véritable syndrome et qu'il doit faire penser à la torsion du testicule; de plus, il insiste sur la nécessité d'une intervention d'urgence.

Puis MOUCHET différencie cliniquement et pathologiquement la torsion de l'Hydatite de MORGAGNI.

A la suite de tous ces travaux, on distingue deux formes de torsion du testicule :

- + la torsion extra-vaginale,
- et la torsion intra-vaginale.

La première, encore appelée parfois bistournage du testicule, est caractérisée par le fait que le testicule en entier subit un mouvement de torsion autour de son axe longitudinal, entraînant avec lui ses enveloppes. Cette forme de torsion du testicule, exceptionnelle chez l'adulte (Nous en citons un cas : Observation N° 9) - est observée chez le jeune enfant ou chez le nourrisson.

Dans la torsion intra-vaginale ou volvulus du testicule, les tuniques fibro-séreuses de la glande restent en place et, seul, le testicule est tordu. C'est la forme que l'on rencontre chez l'adulte. Ce volvulus n'est possible que lorsque le testicule est libre dans la vaginale, c'est-à-dire lorsque son amarrage dans la bourse est défectueux.

ETIOLOGIE

Il est exceptionnel qu'à l'origine d'une torsion du testicule, on retrouve une cause directe évidente. C'est par exemple le cas d'une torsion manuelle par un adversaire au cours d'une lutte, ou bien un traumatisme local, ou encore un exercice musculaire violent. On peut citer ici l'observation de M. CAMPBELL (1937), relatant un cas de torsion chez un enfant qui avait subi, douze jours auparavant, une forte pression de ses testicules par un autre garçon.

Mais de telles causes déclenchantes sont très rarement retrouvées et, dans la grande majorité des cas, la torsion apparaît au repos ou même en plein sommeil. D'autres fois, c'est à la suite d'un geste commun, d'un mouvement habituellement sans conséquence, que naît la torsion; ainsi le cas signalé par R. PETRAGNANI, aux Annales d'Anatomie Pathologique (Séance du 6 Mars 1930), où la torsion du testicule avait été provoquée par le simple fait de croiser les jambes. On a essayé d'expliquer le mécanisme de ces torsions du cordon spermatique par la tension excessive et brutale du crémaster. Il est vrai que, de par son insertion sur le testicule, ce muscle, en se contractant, a pour effet de faire remonter la glande en lui imprimant un mouvement de rotation. Mais il faut reconnaître que, pour subir une torsion sous la seule contraction du crémaster, le testicule doit présenter une anomalie dans son amarrage au fond de la bourse.

En fait, dans presque tous les cas de torsion du testicule, on retrouve une malformation locale congénitale entraînant une mobilité anormale du testicule et c'est cette malformation qui est la cause première du volvulus du testicule.

Il nous faut citer les principales anomalies du contenu scrotal :

- Absence de gubernaculum, ce ligament scrotal, qui joue un rôle majeur dans la descente du testicule et dans sa fixation au fond de l'enveloppe fibreuse de la bourse.
- Cordon spermatique court ou bifide
- Inversion testiculaire
- Hypoplasie de la glande, retrouvée dans près de 80 % des cas par KYRLE et par VOSS.
- Testicule de forme anormale (en poire, aplati, discoïde)
- Vaginale trop large ou se réfléchissant plus haut que normalement.
- Mesorchis trop long, provoquant la pédiculisation du testicule et le rendant plus mobile dans son sac

Ces malformations peuvent parfois être rattachées par le malade lui-même à une ectopie testiculaire réparée spontanément ou après traitement, mais très souvent, on ne retrouve pas dans les antécédents du malade cette notion de cryptorchidie. Même dans ces cas, on ne peut ^{en} rejeter a priori l'éventualité. En effet, si l'on considère que 80 % des testicules reconnus cliniquement en ectopie trouvent spontanément leur emplacement définitif dans la bourse avant l'âge de 16 ans, on doit admettre que bien des retards dans la descente complète du testicule n'ont pu être décelés cliniquement dans les jours qui ont suivi la naissance.

Pour expliquer cette étiologie en quelque sorte embryologique du volvulus du testicule, il nous a paru intéressant de rapporter cette page de l'ouvrage de LAPOINTE :

" lorsque le testicule n'a pas gagné le fond du scrotum à l'époque habituelle, ou bien il y a un simple ralentissement dans l'accomplissement des différents temps de la migration : celle-ci ne sera frappée d'anomalie que sur le plan de la durée, ou bien, au contraire, les phénomènes normaux dont la véritable nature ne nous importe pas ici, font défaut ou s'arrêtent dans leur évolution. Il n'y a plus de descente possible par les mécanismes ordinaires. Le testicule n'en a pas moins tendance à progresser quand même. L'effort abdominal, la poussée d'une hernie concomitante, la contraction des parois musculaires de la loge inguinale, le poids même de l'organe ...

" Ainsi poussé, le testicule peut achever sa migration sans perdre sa position rétro-scrotales habituelle. Mais si le mesorchium primitif

" a persisté, ou si seulement son déplissement normal est incomplet, le testicule
" qui descend allongera son méso, l'entraînera à sa suite dans l'intérieur même
" du processus péritonéo-vaginal dont il écartera devant lui les parois pour
" s'en constituer à la longue un pédicule suspenseur plus ou moins long et grêle...

" L'ectopie, c'est-à-dire la position anormale du testicule et
" la pédiculisation représentent deux conséquences d'un même vice originel :
" l'insuffisance ou l'absence des agents normaux de la descente. Elles coexis-
" tent souvent mais pas nécessairement. La descente survenue à la faveur de la
" pédiculisation n'a pas plus pour conséquence fatale un retard considérable dans
" la sortie du testicule que sa situation irrégulière. Le mécanisme anormal, qui
" peut conduire la glande jusqu'à sa dernière étape nous paraît aussi très capa-
" ble de la faire sortir dans les premières années, dans les premiers mois et
" peut-être dans les premières semaines après la naissance. L'ectopie ancienne
" devient ainsi bien fugitive. A vrai dire, elle n'a jamais existé, dans cer-
" tains cas, s'il faut, pour la caractériser un retard toujours nettement ap-
" préciable. Nous ne serons donc pas surpris si les malades atteints de volvulus
" intra-scrotal nient de très bonne foi toute anomalie de position ou tout re-
" tard antérieur dans la descente de leurs testicules."

Cette hypothèse de l'étiologie embryologique
de la torsion du testicule expliquerait d'autre part les obser-
vations de torsion bilatérale : 27 rassemblées par MOULDER
(1945), 3 par M. CAMPBELL (1951), ou celle-ci, rapportée par
M. E. TRUC et J. HERAN (MONTPELLIER - Médical, 15 Septembre 1931)

" Quatre jours après deux crises de subtorsion à droite avec
" résolution spontanée, une nouvelle crise nécessite une castration droite. Deux
" semaines après l'intervention, on note une subtorsion du testicule gauche avec
" une légère lame d'hydrocèle ... "

Ainsi, nous pouvons dire que toute anomalie dans
le développement, la descente du testicule, ou toute malforma-
tion du contenu du sac scrotal est une cause prédisposante du
volvulus de la glande. Il est cependant permis de supposer que
le déclenchement de la crise peut être dû à des contractions a-
normales du crémaster, elles-mêmes provoquées par des excita-
tions réflexes.

MÉCANISME DE LA TORSION

Dans ce qui précède, nous avons, à dessein, souvent employé l'expression de torsion du cordon spermatique pour désigner l'affection qui fait l'objet de cette étude; elle nous semble plus explicite que celle de torsion du testicule habituellement utilisée. En effet, comment se forme le volvulus ?

Sur les schémas illustrant les observations N° 3 et 6, on voit que le cordon spermatique présente un certain nombre de tours de spire. Il est impossible d'avancer avec certitude que le testicule, en se tordant sur lui-même selon son axe longitudinal, a provoqué cette torsion du cordon. De même, rien ne permet de dire que le volvulus a pris naissance au niveau du cordon pour entraîner ensuite le testicule dans son mouvement de spirale. Aussi serait-il plus juste, sans préjuger du primum movens de la torsion, de dire torsion du cordon spermatique, ce qui présente l'avantage de n'exprimer qu'un fait sans tenir compte de son mécanisme.

Mais ce qu'il faut noter, c'est que cette torsion se produit, chez l'adulte, presque toujours au niveau de la portion intra-vaginale du cordon spermatique, siégeant même, parfois, à la jonction cordon-épididyme. Le nombre de spires peut être variable, et si l'on a rapporté des observations de cinq tours de spire, il faut savoir que, souvent, on ne trouve qu'une torsion de 90°. L'évolution ultérieure de la torsion n'étant d'ailleurs pas forcément fonction du nombre de tours de spire.

D'autre part, on a remarqué qu'à droite la torsion se fait généralement dans le sens des aiguilles d'une montre, tandis qu'à gauche, elle se fait en sens inverse. Ceci est la conséquence de l'accentuation d'un phénomène naturel. En effet, de par l'insertion de ses fibres musculaires sur la glande, le crémaster, en se contractant, provoque l'amorce d'une rotation du testicule en même temps qu'il l'attire vers le haut. D'après OMBREDANNE, cela vérifierait les règles de SELLHEIM concernant les forces rotatives des organes susceptibles de se tordre. Ce fait que la torsion du testicule ait tendance à se faire en direction de la ligne médiane du corps peut

avoir un certain intérêt, bien minime en vérité, lorsque le sens des tours de spire n'étant pas très apparent, on veut détordre le cordon.

Par contre, on ne doit pas ignorer les conséquences que cette torsion peut avoir quant à l'avenir de la glande.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'aspect anatomo-pathologique de la glande et de ses annexes dépend de l'importance de la striction des vaisseaux du cordon spermatique, au niveau de la torsion.

A l'intérieur du cordon, les vaisseaux les plus superficiels sont les veines des plexus spermatiques antérieur et postérieur; d'autre part, leurs parois étant très minces, ces veines sont facilement comprimées par une torsion même légère et peu serrée du cordon. La torsion subaiguë réalise cette striction élective des veines et provoque une stase sanguine dans le testicule et l'épididyme. Pour OMBREDANNE, cette stase, cette congestion pousserait la glande excentriquement par rapport à son axe de rotation et augmenterait la torsion, créant ainsi un véritable cercle vicieux.

Dans ce cas d'obstruction limitée aux plexus veineux du cordon, la masse épидидymo-testiculaire est infiltrée, bleuâtre, augmentée de volume; parfois l'épididyme est rouge violacé. Généralement, il y a peu de signes cliniques et l'on intervient tardivement. Il faut noter la présence de liquide hémorragique dans la cavité vaginale, et cette constatation serait considérée, par certains, comme pathognomonique de la torsion.

Lorsque le volvulus est plus accentué, il intéresse non seulement les veines du cordon, mais aussi les artères spermatique et déférentielle. Les lésions anatomiques sont alors rapidement plus importantes : même si devant l'aspect clinique de la torsion aiguë, on intervient rapidement, on découvre un infarctus hémorragique de la glande, qui, non traité, évoluerait en deux, trois jours vers la gangrène et l'atrophie.

A l'intervention, on trouve dans la vaginale un exsudat hémorragique. Le cordon spermatique, au-dessus de la torsion, est normal ou légèrement oedématisé; au-dessous, il est noirâtre et gangréneux. Le testicule et l'épididyme sont violacés, noirâtres. La glande, coupée au bistouri, ne saigne pas et la tranche de section a l'aspect d'un caillot de sang organisé. Il faut insister sur l'aspect inflammatoire, parfois

trompeur, du contenu scrotal, mais il n'y a ni pus, ni germe microbien.

A l'examen microscopique, on retrouve cet infarctus hémorragique avec réaction de type inflammatoire sans suppuration. Il y a des zones de nécrose, avec destruction plus ou moins étendue de l'épithélium des tubes séminifères et disparition des cellules intersticielles. Cette nécrose qui entraîne l'atrophie du testicule se fait très rapidement; on la trouve dans 86 % des cas non opérés immédiatement. Meredith CAMPBELL et KEYES, - expérimentant sur le chien en 1922, ont montré que la gangrène apparaissait dans les quarante-huit heures.

Il ne faut pas compter sur la régression de ces lésions : comme l'a montré HELNER par des expériences sur le chien, si le testicule adulte est moins sensible aux troubles circulatoires, il a aussi moins de possibilités de régénération. Il y a donc le plus grand intérêt à poser le diagnostic de torsion du testicule dès son installation et à intervenir d'urgence pour éviter l'évolution vers la nécrose et l'atrophie glandulaire.

Par une étude clinique du volvulus du testicule, nous allons maintenant nous efforcer d'apprécier les éléments de ce diagnostic et montrer les divers aspects que peut présenter cette affection.

SYMPTOMATOLOGIE
FORMES CLINIQUES ET ÉVOLUTION
DE LA TORSION
INTRA-VAGINALE DU TESTICULE

Il faut dire tout d'abord qu'à côté des formes aiguës de torsion du cordon spermatique, il existe des formes subaiguës et des formes récidivantes qui sont moins connues parce que plus trompeuses et plus difficiles à diagnostiquer.

1.- LA TORSION AIGUE :

Le tableau clinique de la torsion aiguë est classique : Ce syndrome est caractérisé par la brusquerie de son début souvent accompagné de signes généraux et rapidement suivi par un gonflement de la bourse.

- La douleur, brutale et violente, naît dans la région scrotale et irradie le plus souvent vers le bas-ventre, la fosse iliaque, ou la région lombaire.

- Des signes généraux, d'intensité variable suivant l'acuité de la crise ou la susceptibilité du sujet, accompagnent très vite ce syndrome douloureux aigu. Ils sont dus vraisemblablement à la mise en jeu réflexe du sympathique abdominal par la torsion des nerfs des plexus spermatiques. Le visage du malade devient pâle, ses traits se creusent, et souvent son angoisse et son agitation augmentent avec la survenue de nausées et même de vomissements. Il n'est pas rare de noter de la fièvre et un pouls petit, rapide.

- Des signes locaux s'installent rapidement. On note un gonflement, un oedème plus ou moins important de l'hemi-scrotum douloureux dont la peau est tendue. Lorsque cet oedème local n'est pas très important, on peut deviner, parfois, l'ascension du testicule du côté malade. La palpation est extrêmement difficile et généralement impossible, parce que provoquant une exacerbation de la douleur. A ce stade

de début, elle permet d'explorer cette tuméfaction douloureuse, tendue, rénitente et irréductible, et de découvrir ainsi un testicule remonté dans la bourse, comme attiré vers l'orifice inguinal; on distingue les contours de l'épididyme et le sillon inter-épididymo-testiculaire. On a parfois remarqué que le testicule ne se trouve plus dans sa position habituelle; non seulement, il est remonté, mais il paraît comme basculé, en position horizontale; on a pu aussi découvrir l'épididyme dans une situation antérieure par rapport au testicule. D'autres fois, il a été possible d'apprécier le gonflement de la glande, de l'épididyme, de l'anse épididymo-déférentielle, et de localiser la torsion sur le cordon spermatique.

Mais il faut dire que généralement il est impossible de pratiquer une palpation soigneuse sans l'aide d'une anesthésie locale.

Il est également très rare de pouvoir, quelques heures après le début, apprécier l'état du contenu scrotal. Les signes généraux peuvent avoir alors diminué, de même que la douleur, mais l'infiltration oedémateuse du tissu cellulaire est intense, le gonflement unilatéral du scrotum est très important et prend parfois, mais pas toujours, un aspect pseudo-inflammatoire trompeur. Il n'est pas alors possible, à travers la peau tendue à l'extrême, dure, formant une véritable coque, de déceler la réaction liquidienne, qui existe pourtant presque toujours à l'intérieur de la cavité vaginale.

Il arrive parfois que peu de temps après le début de la crise aiguë on soit frappé par un ballonnement de l'abdomen et un arrêt réflexe des matières et des gaz. On conçoit combien le diagnostic peut alors errer avec l'adjonction à ces symptômes de nausées et de vomissements et la présence d'une douleur inguino-scrotale ou localisée à la fosse iliaque.

D'autres fois, le ventre est rétracté, offrant une résistance à la main qui le palpe; du côté malade, la jambe peut être fléchie sur la cuisse et la cuisse sur la hanche dans une position antalgique. Les tableaux les plus trompeurs peuvent se voir, retardant l'intervention et laissant évoluer spontanément cette torsion.

Quelle est alors l'évolution de la crise aiguë de torsion du cordon spermatique ?

Progressivement, en deux ou trois jours, le tableau clinique change. Les signes généraux régressent ou, même, disparaissent complètement; les manifestations locales s'atténuent. Quant à la douleur, elle se transforme en endolorissement de la région inguino-scrotale et elle est avivée par la palpation.

Lorsque l'on voit le malade à ce moment, il est impossible, devant le peu de netteté des signes cliniques, de faire un diagnostic autrement qu'à l'intervention.

- Parfois, la douleur disparaît très vite complètement, de même que le gonflement de l'hémi-scrotum. La dé-torsion a alors pu se faire spontanément, mais cette éventualité, surtout dans la forme aiguë, est extrêmement rare et, de plus, elle ne met pas le malade à l'abri d'une récurrence possible.

Plus souvent, par contre, le testicule reste hypersensible pendant plusieurs semaines; on peut alors être certain que l'évolution se fera vers l'atrophie de la glande. Une intervention pratiquée à ce moment se traduit pratiquement par une semi-castration.

De cette crise aiguë de torsion du cordon spermatique, on peut rapprocher une forme suraiguë présentant quelquefois un état de choc profond passant au premier plan d'un tableau clinique impressionnant et lui donnant l'allure d'un drame abdominal. Devant de tels cas, le diagnostic reste longtemps imprécis et, ou bien, suspectant une hernie étranglée, comme dans le premier cas de DELASIAUVE, on opère, - ou bien, la localisation de la douleur et les signes locaux n'étant pas nets, on met le malade en observation, retardant d'autant le traitement chirurgical, qui eût pu conserver l'intégrité de la glande.

2.- LA TORSION SUBAIGUE :

Toute différente est la forme subaiguë de torsion du testicule. Son début ne s'accompagne pas de phénomène douloureux important : la douleur est modérée, mal localisée. Elle a parfois le caractère de tiraillements sensibles au niveau de la bourse, ou, plus souvent, de petites pointes douloureuses sur un fond d'endolorissement. Elle ne s'accompagne pas de signes généraux en dehors parfois d'un peu de température.

Le malade est rarement examiné à ce stade de début car il ne s'en inquiète pas, mais il rapportera plus tard qu'il avait alors pu localiser, à la palpation de la région scrotale endolorie, un point douloureux exquis assez haut situé dans la bourse.

Bientôt vient s'ajouter à cette douleur un gonflement important de l'hémi-scrotum en cause. C'est à ce moment que le malade consulte son médecin. On trouve alors une bourse

souvent doublée de volume, oedematiée, rouge, tendue, opaque à la transillumination. La palpation, plus ou moins douloureuse, donne une sensation d'adhérences sous-cutanées, mais ne permet généralement pas de distinguer les éléments du contenu scrotal. On peut essayer de palper le cordon pour apprécier son raccourcissement par comparaison avec le côté sain.

Le diagnostic est difficile et il est d'ailleurs en général trop tard pour sauver la glande, car lorsque le malade, trompé par le début subaigu, vient consulter, l'infarctus du testicule est déjà constitué.

Cette forme de torsion évolue vers une atténuation progressive, lente, ne suppurant jamais.

Le gonflement disparaît, la bourse retrouve son volume normal, mais on y palpe alors un testicule atrophié. La glande disparaîtra peu à peu en totalité, ne laissant finalement qu'un noyau fibreux. Si bien qu'un interrogatoire soigneux dans les cas d'atrophie testiculaire d'origine inconnue, pourrait souvent retrouver les caractères cliniques d'une torsion subaiguë méconnue ou étiquetée sans preuve d'orché-épididymite ou d'épididymite.

3.- LES TORSIONS RECIDIVANTES OU CHRONIQUES :

Il arrive souvent qu'un malade, atteint de crise aiguë ou subaiguë de volvulus du testicule, se souvienne avoir eu antérieurement une ou plusieurs crises semblables, mais passagères et d'intensité moindre.

Ces crises répétées sont caractérisées par une douleur modérée du testicule et un gonflement léger de la bourse. Douleur et gonflement disparaissent en général spontanément.

Les récurrences ont lieu, dans certains cas, à l'occasion d'un mouvement déterminé, tel le fait de croiser les jambes (ISELIN - Soc. Française d'Urologie, 8 Décembre 1924). D'autres fois, on n'en retrouve pas la cause déclenchante.

Dans cette forme de volvulus à répétition, la torsion du cordon est en règle incomplète; il s'agit plus ici d'une ébauche de torsion permettant des récurrences parfois nombreuses. Ainsi PAPIN cite une observation de crises douloureuses de l'aîne gauche se répétant tous les deux mois pendant cinq ans. De même, celle-ci, rapportée par VIOLATO, de malaises passagers et fréquents, avec irradiations vers la région lombaire et s'étant reproduits de la naissance jusqu'à l'âge de 14 ans.

La détorsion est en général spontanée, ou bien pratiquée par le malade lui-même comme dans le cas cité par NORA :

" Le malade connaissait par expérience le geste heureux qui l'empêchait de souffrir; il réduisait la torsion comme on réduit une hernie."

Après la détorsion, spontanée ou non, la circulation qui n'avait pas été complètement arrêtée, reprend normalement dans l'organe. L'évolution immédiate est donc favorable mais il faut conseiller un traitement chirurgical pour fixer le testicule et le mettre à l'abri d'une crise aiguë ou subaiguë et de leurs conséquences.

DIAGNOSTIC DE LA TORSION DU TESTICULE

Nous avons vu que, pour sauvegarder le fonctionnement et la vie du testicule le diagnostic devait être précocement établi, commandant un traitement chirurgical s d'urgence. Il n'est pas rare que ce diagnostic ne soit posé qu'à l'intervention, souvent pratiquée trop tard, alors que la glande est en voie de nécrose ou d'atrophie.

Par ailleurs, la difficulté du diagnostic et la rareté de la torsion du testicule chez l'adulte font que le praticien, ou bien n'y pense pas, ou bien opte provisoirement pour un diagnostic plus fréquent qu'il ne fera pas toujours sa preuve. Le syndrome testiculaire n'est, ainsi, pas souvent rapporté à sa cause réelle et cela ne fait qu'augmenter la réputation d'extrême rareté du volvulus du testicule chez l'adulte.

Il faudrait cependant en discuter l'éventualité chaque fois que, pour une "épididymite", on ne retrouve pas d'infection uréthrale, ou qu'une étiologie traumatique ou infectieuse ne peut expliquer une "orchite".

Avant de voir les diagnostics avec lesquels il faut la différencier, nous allons noter les signes qui doivent faire suspecter la torsion du cordon spermatique.

On doit toujours rechercher dans les antécédents la notion d'une mobilité anormale du testicule atteint; le malade signale que la glande avait tendance à remonter spontanément ou même à disparaître provisoirement dans le canal inguinal.

Ou bien le souvenir de crises douloureuses bénignes, accompagnées d'un gonflement modéré et passager d'une bourse, fera penser à une forme chronique, récidivante, ayant précédé l'accident aigu ou subaigu qui fait consulter le malade.

Les éléments physiques du diagnostic varient avec la forme évolutive du volvulus :

- Dans la torsion aiguë ou suraiguë, on note un gonflement, une rougeur de la bourse, l'œdème étant bien limité à l'hémi-scrotum malade. Dans la masse tendue de la bourse,

qui peut atteindre un volume triple du volume normal, la palpation, très douloureuse, peut rarement permettre de distinguer nettement le testicule et l'épididyme; parfois, on peut mettre en évidence une hydrocèle. Il est rarement possible de percevoir l'ascension de la masse testiculo-épididymaire, ou le raccourcissement du cordon, et plus rarement encore, la torsion du cordon qui aurait signé le diagnostic.

Pour DILLON, la précocité de l'oedème et l'adhérence de la masse intra-scrotale aux tissus adjacents, sont des éléments intéressants du diagnostic.

Il faut toujours examiner le côté sain et rechercher une mobilisation trop facile et anormale du testicule; dans le cas d'un résultat positif, on n'aura pas tort de penser à l'existence, du côté malade, d'un "substratum anatomique" favorisant la torsion, cette constatation pourra faire avancer le diagnostic.

- Avec quels syndromes confond-on, le plus souvent, le volvulus du cordon dans sa forme aiguë ?

Les signes généraux d'accompagnement (nausées, vomissements, arrêt des matières et des gaz) avec l'acuité de la douleur font parfois penser à une hernie étranglée, mais l'examen attentif du scrotum fera quelquefois le diagnostic. De toute façon, la suspicion d'un étranglement herniaire aura une conséquence heureuse puisqu'elle fera poser une indication opératoire d'urgence.

- Si l'on a la notion d'un effort violent, d'un traumatisme, on pensera à une orchite traumatique, mais ici la ponction de la vaginale révèle un hématome. De plus, on ne retrouve pas ce degré dans la brusquerie du début de la crise, degré qui, pour LAPOINTE, n'existe parmi les syndromes testiculaires que dans la torsion.

- C'est surtout l'épididymite aiguë qui est difficile à éliminer lorsque l'on examine le malade quelques heures après le début de son accident.

PREHN (1937) notait qu'à la palpation de la bourse malade, l'élévation du testicule augmente fortement la douleur tandis qu'elle n'influence pas ou très peu, celle de l'épididymite. Il est évident que cet examen aura moins de valeur si on le pratique sur une torsion vue tardivement, alors que les signes regressent et que la douleur disparaît. A ce stade, d'ailleurs, la gangrène a débuté et il n'y a aucune urgence à poser le diagnostic.

Par contre, il n'est pas sans intérêt de rapporter le procédé utilisé par G.I. SMITH pour distinguer épididymite et torsion du testicule :

" Pour cela, il fait une infiltration procainique du cordon spermaticque,
" et cette manoeuvre connue comme antalgique au cours de l'épididymite aiguë, peut
" avoir une valeur diagnostique et même thérapeutique.

" La technique de l'infiltration du cordon est des plus simples. Le cordon
" est coincé entre pouce et index, aussi loin que possible du testicule, donc à sa
" sortie de l'orifice inguinal superficiel, la peau est nettoyée à l'alcool, une pe-
" tite zone cutanée est infiltrée de procaine, puis 20 cm³ de procaine à 1 % sont
" injectés dans le cordon. Dix minutes plus tard, le scrotum et son contenu peuvent
" être palpés relativement sans douleur.

" Réalisée deux fois, cette infiltration a permis à G.I. SMITH de découvrir
" par la palpation une torsion du cordon; chez les deux malades, cet auteur a pu
" même détordre le testicule par manipulation. Il est évident qu'en cas d'épididymite
" l'anesthésie permet de préciser le volume et l'aspect de cet organe, donc de con-
" firmer le diagnostic.

" Il est remarquable qu'en cas de torsion, l'infiltration du cordon n'a -
" mène pas une sédation complète de la douleur; il persiste une légère sensibilité
" qui ne disparaît complètement qu'après détorsion.

" Le testicule étant détordu, l'orchidopexie est réalisée à son heure."

+

+

+

Par ces mêmes procédés, on s'efforcera d'éliminer des diagnostics plus rares :

- Kyste enflammé du cordon
- Torsion intra-sacculaire d'un fragment d'épiploon
- Abscès multiples ou solitaires du testicule
- Thrombose des vaisseaux du cordon

Cependant, dans le doute, devant un syndrome testiculaire aigu, même chez l'adulte, il ne faudra pas hésiter à être interventionniste pour sauver la glande.

Il n'en va pas de même dans la torsion subaiguë du cordon spermatique. On voit généralement cette forme à un stade avancé, alors que la glande est en voie de nécrobiose ou d'atrophie, et l'intervention ne pourra pas alors être conservatrice.

Cette torsion subaiguë est avant tout une forme à signes physiques (PERARD) et cette abondance de signes, loin de faciliter le diagnostic, ne fait que l'égarer un peu plus.

Lorsque la bourse est très rouge et se trouve être le siège d'un gonflement important, on essayera, à l'aide d'une palpation soigneuse facilitée au besoin par l'infiltration d'un anesthésique, d'éliminer le diagnostic d'épididymite ou d'orchi-épididymite chroniques. Ce sont là des diagnostics trop souvent établis sans certitude.

Lorsque l'aspect inflammatoire disparaît, laissant la masse testiculaire entourée d'une coque vaginale, avec les teguments adhérent aux plans profonds, il est trop facile de poser le diagnostic de pachy-vaginalite, d'hématocèle, de tumeur du testicule, ou même, lorsque la palpation révèle des zones de consistance inégale, de tuberculose massive du testicule. En général, mais pas toujours, on élimine ces diagnostics par l'absence de signes associés (écoulement urétral, toucher rectal normal, urines normales, absence d'antécédents blennorrhagiques ou syphilitiques).

Cependant, bien souvent, la crainte d'une tumeur fait intervenir et découvrir la nécrobiose épididymo-testiculaire, conséquence de la torsion.

Quant aux formes à récidives, on les observe rarement au moment de la crise qui se réduit à une ébauche de torsion, mais il faut en suspecter le diagnostic et conseiller une intervention préventive.

TRAITEMENT

Suivant qu'il s'agira d'une forme aiguë, d'une forme subaiguë ou d'une forme rédiviante de torsion du testicule, l'attitude du médecin sera différente.

- Le tableau classique du syndrome testiculaire aigu devrait, même chez l'adulte, faire suspecter la torsion du cordon spermatique et commander une décision opératoire qui sera souvent le seul moyen de rapporter ce syndrome à sa vraie cause.

La torsion aiguë, nous l'avons vu, évolue pratiquement toujours vers la nécrobiose et l'atrophie de la glande; aussi le véritable problème n'est-il pas de prendre son temps pour faire un diagnostic précis et sûr mais d'éliminer ce risque grave de perdre le testicule. Seul, un traitement chirurgical d'urgence peut avoir ce résultat, car la détorsion spontanée est extrêmement improbable, et l'anesthésie du cordon permettant parfois une détorsion manuelle ne saurait être conseillée dans un but thérapeutique. La détorsion du testicule ne le met pas, en effet, à l'abri de rechutes ultérieures que, seule, une bonne fixation de la glande peut éviter. Toutes les fois qu'on assiste au début de la crise, il faut pratiquer une orchidopexie. Sous anesthésie générale, on ouvre le scrotum et la vaginale. On détord le cordon spermatique et on examine l'état du testicule et de l'épididyme. Si leur aspect permet d'espérer une reprise de leur fonctionnement normal, on fixe le testicule en bonne position, au fond de la bourse par des ponts de fils non résorbables.

Si par contre l'ischémie prolongée montre un début de nécrose, il y a une grande difficulté à apprécier la vitalité de la glande, comme par exemple en l'irrigant avec du serum physiologique tiède. Dans les cas douteux, rien ne permet de juger du potentiel vital de l'organe : il faut être conservateur au maximum et laisser le testicule, même fonctionnellement perdu, jouer un rôle, en quelque sorte psychique, par sa présence dans la bourse. De plus, il sera toujours possible de pratiquer en un deuxième temps une orchidectomie qu'une gangrène ou des complications septiques obligent à réaliser.

- Les cas de torsion subaiguë du testicule sont le plus souvent vus tardivement. Dans ce cas, l'urgence de la décision opératoire ne s'impose généralement pas, et de fait, l'absence de signes généraux dans ces formes pousse à une attitude d'abstention thérapeutique. Du moins, les petits moyens médicaux tels que compresses humides chaudes, suspensoir et onguents divers, n'influencent-ils pas l'évolution, et l'on est alors amené à pratiquer une hémicastration.

Lorsqu'il s'agit d'un sujet jeune et impressionnable, il n'est sans doute pas sans intérêt de réaliser, comme dans l'observation N° 2, une prothèse en acryle. Ce procédé ne présente aucun danger et permet d'atténuer le traumatisme psychique créé par la castration.

6 - Disons, pour terminer, qu'il faut penser à la forme récidivante, chronique, de torsion du cordon spermatique lorsqu'un malade vient consulter pour des épisodes douloureux répétés, avec gonflement modéré et passager d'une bourse.

Dans ces cas, une intervention préventive réalisant une orchidopexie permet d'éviter les récidives et, par là même, les complications toujours possibles conduisant à la perte immédiate de la glande. D'ailleurs, cette opération n'est certainement pas superflue, dans tous les cas de torsion, pour le testicule "sain", lorsque celui-ci semble, à la palpation, anormalement mobile.

Avant de présenter les observations qui vont suivre, nous précisons que nous n'avons retenu que celles concernant des sujets âgés de plus de 20 ans, et cela pour bien limiter la question à l'adulte.

OBSERVATION 1

(SERVICE D'UROLOGIE DE L'HOPITAL SAINT-LOUIS - (P^r ABOULKER).)

- Monsieur Albert B ... âgé de 31 ans, marié, employé aux P.T.T., entre dans le service le 17 Novembre 1953, pour violente douleur testiculaire droite.

Cette douleur testiculaire avait été d'apparition brutale et spontanée. Très violente, à irradiation inguinale, et accompagnée de nausées, elle avait duré 4 à 5 heures et n'avait cédé qu'à l'action des sédatifs administrés par le médecin traitant.

Monsieur B ... signale avoir été guéri d'une blennorragie en 1945 par la pénicilline, mais l'on retrouve surtout, dans ses antécédents, de nombreuses crises douloureuses testiculaires droites semblables à celle qui nécessite son hospitalisation; cependant, leur intensité était moindre que celle de la crise actuelle.

A son entrée, on note qu'un bon état général est conservé; la température est à 37°, le pouls à 80, la tension artérielle à 12/7. Il n'y a pas de troubles urinaires ni digestifs; les derniers rapports sexuels ont été normaux.

L'examen des bourses montre à droite une tuméfaction unilatérale - que le malade avait constaté après l'apparition des douleurs. La bourse est rouge, hyperesthésique à un point tel que la palpation permet à peine de sentir que le testicule droit est remonté et rejeté en avant.

Un toucher rectal ne montre aucune anomalie du côté de la prostate ni des vésicules séminales.

Un examen général ne décèle rien de particulier.

Opéré le 17 Novembre 1953 (anesthésie au Pentothal-Flaxedil) :

On fait une incision scrotale transversale

La torsion est dans le sens des aiguilles d'une montre, de un tour.

Le testicule est violacé; mais les phénomènes congestifs semblent plus marqués sur l'épididyme.

- Détorsion - Fixation par un fil non résorbable.
Agrafes sur la peau
 - Le 21 Novembre, les agrafes sont enlevées et
la malade sort le 26 Novembre.
-

OBSERVATION 2

(SERVICE D'UROLOGIE DE L'HOPITAL SAINT-LOUIS (P^r ABOULKER).)

Monsieur Pierre N..., âgé de 23 ans, dessinateur, entre dans le service le 16 Mars 1954, envoyé par le Docteur WETTERWALD pour "atrophie testiculaire droite nécessitant sa mise en observation".

En Août 1953, le malade avait été pris subitement d'une violente douleur dans la région inguinale droite pour laquelle il avait été hospitalisé à l'Hôtel-Dieu.

Cette douleur était survenue au repos, sans notion de traumatisme ni d'aucun épisode infectieux.

Le malade a présenté à ce moment une augmentation de volume de la bourse droite ainsi que de la température. En 24 heures, la température revenait à la normale avec de la terramycine, mais le volume de la bourse ne diminuait que très lentement sans avoir disparu lorsque le malade sortait de l'Hôtel-Dieu.

Depuis, Monsieur Pierre N ... a constaté que son testicule droit diminuait progressivement de volume et se durcissait; c'est pourquoi il entre dans le service.

- Il faut noter que le malade a été opéré d'une ectopie gauche à l'âge de 12 ans et réopéré à 19 ans, en même temps que d'une hernie gauche.

- Il a un bon état général; température à 37° ; pouls à 64; T.A. à 13/7.

L'examen des bourses montre, à gauche, un testicule un peu atrophié, mou; cordon et épiddyme normaux.

à droite, un testicule dur, légèrement atrophié, insensible. La tête de l'épididyme n'est pas perceptible; le cordon est normal.

Le toucher rectal, ainsi qu'un examen général complet, sont négatifs.

Le 16 Mars 1954, le malade est opéré par le Docteur WETTERWALD :

" Incision inguino-scrotale.

" Vaginale adhérent au testicule qui est cependant libéré. Il est atrophique, de couleur jaunâtre. On trouve une torsion nette au-dessus de la tête de l'épididyme, avec changement brusque du calibre du cordon.

" Ablation.

" Mise en place d'une prothèse en acryle.

" Un surjet plus agrafes sur la peau."

Un examen de la pièce opératoire donne les résultats suivants :

" Macroscopiquement, il s'agit d'une façon évidente d'une torsion du cordon spermatique dont on voit admirablement la striction due aux deux tours de révolution.

" Au microscope : il s'agit d'une nécrose massive de tout le testicule. Si en bordure, on retrouve un tissu conjonctif dont l'architecture et les éléments cellulaires paraissent s'être mieux défendus; par contre, au centre, il n'existe plus que des débris complètement nécrosés dans lesquels on retrouve la forme des tubes séminifères mais pas trace de cellule. Il existe des petits grains de pigment ocre, témoins de la résorption ferrique, probablement hématique."

- Les suites opératoires sont favorables.

Le 29 Mars, on enlève une partie des agrafes et l'on évacue un petit hématome.

Bonne cicatrisation, et le malade sort le 31 Mars 1954.



Schéma de l'Observation N° 3 montrant le champ opératoire avant détorsion

(Reproduction d'une photographie faite pendant l'intervention)

O B S E R V A T I O N 3

(OBSERVATION PERSONNELLE DE M^r LE PROFESSEUR P. ABOULKER)

Le 6 Mars 1955, Monsieur André C ..., âgé de 22 ans, étudiant, est réveillé brusquement à 8 h.30 du matin par une douleur dans le bas-ventre et dans la région lombaire droite. Il sent son testicule gonflé et douloureux. Le malade précise bien que la douleur a été d'emblée très forte, à son maximum d'acuité. L'intensité de la douleur est telle que Monsieur C ... SE PLIE en deux pour se lever et faire appeler son médecin, qui arrive à 9 h. et le dirige en clinique où il entre à 11 h.

Monsieur le Professeur ABOULKER examine alors le malade qui n'a pas de fièvre. Le testicule droit douloureux et gros n'est pas rétracté; c'est le gauche qui est rétracté.

L'intervention pratiquée immédiatement montre un testicule droit en volvule de deux tours completé, dans le sens des aiguilles d'une montre. On le fixe en plusieurs ponts.

On explore le testicule gauche qui est normal et on le fixe.

Il faut noter que ce malade a présenté, il y a quatre ou cinq ans crise semblable mais d'intensité bien moindre. Le testicule était enflé mais il avait été beaucoup moins douloureux et tout était rentré dans l'ordre en un jour ou un jour et demi.

Depuis cette crise, il avait eu, deux ou trois fois par an, des ébauches de crise qui avaient duré une à deux heures.

D'autre part, Monsieur C ... signale que huit à quinze jours avant l'opération, il s'était cogné le scrotum en sautant au cheval d'arçons, mais il n'a pas l'impression d'un rapport direct entre ce traumatisme et l'accident aigu du 6 Mars.

OBSERVATION 4

(SERVICE D'UROLOGIE DE L'HOPITAL NECKER)

Monsieur Michel B ..., âgé de 21 ans, entre dans le service le 21 Juin 1950 pour crise douloureuse inguinale gauche.

La douleur a débuté assez progressivement vers 4 heures du matin, sous forme d'élanements. Rapidement, elle s'est accentuée, sans pourtant devenir très violente. Son intensité était maximum au pli inguinal gauche, mais elle était ressentie dans le flanc gauche et au niveau de la fosse iliaque gauche, irradiant vers la bourse gauche.

Cette douleur s'était accompagnée de vomissements bilieux, avec vertiges et sensation de malaise.

On ne notait pas de fièvre (température à 36°8)

Le pouls était à 70 pulsations à la minute.

Le malade avait émis normalement des urines claires.

- A l'examen, le malade est agité, changeant constamment de position.

La bourse gauche est très augmentée de volume, légèrement rouge.

Dans cette bourse, on palpe deux masses : en avant, le testicule de consistance normale mais douloureux à la pression, saillant surtout en bas et en arrière. Cette masse, qui semble la queue et le corps de l'épididyme, est séparée du testicule par un sillon net surtout en bas et en arrière. On ne perçoit pas la tête de l'épididyme.

Le cordon ne semble pas présenter d'anomalie; il est très douloureux à la pression.

L'examen de la partie droite du scrotum montre un testicule de volume et de consistance normaux.

Au toucher rectal, la prostate est normale.

L'abdomen est souple, légèrement douloureux à la pression, en particulier le long du bord externe du grand droit gauche.

La pression du pli inguinal gauche est douloureuse.

Les fosses lombaires sont libres.

Dans les antécédents du malade, on retrouve, remontant à quatre ans, une crise analogue du côté droit. Cette crise avait duré 8 jours, avait cédé aux calmants et aux compresses humides chaudes.

L'opération a lieu le 22 Juin 1950 sous anesthésie général au pentothal-cyclopropane.

"Incision scrotale exploratrice. OEdème des plans sous-cutanés. Epanchement séro-sanglant de la vaginale (6 à 10 cm³). Testicule de volume normal, totalement libre dans la vaginale, d'aspect violacé "granité". Epididyme et cordons normaux. A noter l'absence de tout reliquat embryonnaire et de gubernaculum testis. La position du testicule est habituelle, mais l'extrême mobilité de l'organe appuie l'hypothèse d'une torsion du cordon spermatique détordue spontanément.

Les artères du cordon étant perçues, on se contente de fixer le testicule par quatre points au catgut.

Fermeture soigneuse de la vaginale. Petit drainage. Crins sur la peau.

Il faut signaler qu'à la sortie du testicule, on a observé un spasme total de la glotte, spasme qui a cédé à l'inhalation forcée d'oxygène.

Les suites opératoires ont été normales.

OBSERVATION 5

(SERVICE D'UROLOGIE DE L'HOPITAL NECKER)

Monsieur Benjamini R ..., âgé de 24 ans, entre dans le service le 24 Mars 1949 pour intervention sur "tuberculose épидидymo-testiculaire probable."

Le début de la maladie remonte à deux mois, par une douleur vive et brutale dans le bas-ventre et la bourse droite. L'hemi-scrotum droit est devenu très sensible et s'est mis à enfler. La douleur a diminué rapidement pour ne laisser persister, au bout de quelques jours, qu'une gêne douloureuse de la bourse dont le gonflement persistait.

On ne retrouve dans les antécédents aucun trouble uro-génital, ni avant, ni depuis cette crise d'il y a deux mois.

A l'entrée dans le service, on ne note aucun écoulement uréthral, pas de troubles de la miction. L'état général est bon, sans fièvre.

L'examen montre une tuméfaction bien limitée de la bourse droite. A la palpation, on trouve dans cette poche scrotale tendue, dure, sensible, une masse épидидymo-testiculaire gonflée; elle est dure aussi mais on a l'impression de zones de consistance moins ferme.

Au toucher rectal, la prostate est normale, on ne perçoit pas les vésicules séminales.

Devant ce tableau clinique, on suspecte une tuberculose génitale et l'on confirme la décision opératoire posée par le médecin traitant.

Monsieur le Docteur P. ABOULKER pratique l'intervention : " Sous anesthésie générale au protoxyde d'azote/Ether, on fait une incision de la face antérieure du scrotum à droite, on ouvre la vaginale et l'on trouve le testicule

noirâtre, tordu sur lui-même, la torsion de la portion intra-vaginale du cordon formant deux tours de spire.

Il n'y a aucune trace de ligament scrotal et la masse épидидymo-testiculaire est pendue comme un fruit.

Castration droite.

On laisse un drain dans la cavité vaginale et l'on suture la paroi".

Suites opératoires normales.

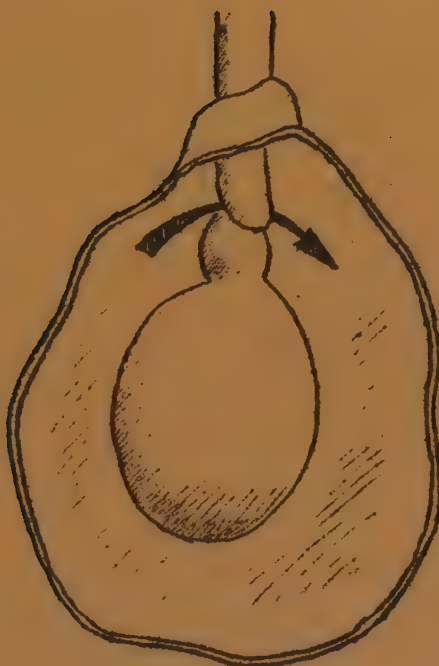


Schéma de l'Observation N° 6 à l'intervention.

(COMMUNICATION DE MONSIEUR LE DOCTEUR G. WOLFROMM A LA SOCIETE D'UROLOGIE)

Séance du 21 Juin 1954 — Journal d'Urologie 1954 Tome 60

Monsieur R. D ..., âgé de 57 ans, nous appelle le 20 Janvier 1954, parce que, depuis quatre jours, il souffre d'une grosse tuméfaction très douloureuse de sa bourse droite en même temps qu'est apparue une fièvre modérée dont le maximum fut de 38°5 le 18 Janvier.

Quatre jours avant l'apparition de cette tuméfaction, sa bourse droite avait déjà grossi, mais d'une façon moindre et sans être bien douloureuse. Tout était rapidement rentré dans l'ordre sous application de compresses humides chaudes.

Dans le passé, à quelques années de distance, un tel fait s'était déjà plusieurs fois produit, mais beaucoup moins accusé.

Dans les antécédents du malade, on ne retrouve aucune notion d'infection urinaire, aucune douleur, aucune anomalie dans la fréquence des mictions.

A l'examen, il existe une grosse tuméfaction scrotale droite, la peau est chaude, un peu rouge. La palpation, très douloureuse, gêne l'exploration : on croit reconnaître une grosse tuméfaction épiddidymaire, mais on la distingue mal dans l'ensemble de la masse. Au toucher rectal, la prostate paraît absolument normale, on sent vaguement la vésicule séminale droite.

La première idée qui vient à l'esprit est qu'il s'agit d'une grosse épiddidymite aiguë, d'origine sanguine, liée à quelqu'infection intestinale et vraisemblablement colibacillaire. Tout passé blennorrhagique fait défaut chez ce malade. Nous acceptons cette idée pour avoir vu chez un malade, colibacillurique, apparaître, puis disparaître spontanément, en quelques jours, des épiddidymites certaines. Cependant, les urines de notre malade n'étaient pas infectées.

Sur ce diagnostic, qui se montrera erroné, il est fait une infiltration novocaïnique du cordon, qui soulage

le malade pour quelques heures. Sous cette protection de l'anesthésique, il est mis en place un suspensoir HORAND, qui plaque au périnée le scrotum parfaitement immobilisé dans une enveloppe ouatée, sous feuille imperméable.

Ce mode de traitement, qui soulage totalement les épидidymites inflammatoires, reste sans aucun effet et, quand on enlève ce pansement compressif, la partie droite du scrotum a encore augmenté de volume. On a l'impression d'une quasi fluctuation qui fait conclure à un épanchement dans la vaginale.

Le scrotum est ponctionné, la seringue n'aspire que quelques centimètres cubes d'un liquide sanglant sur lequel un examen pratiqué par le Docteur TERRIAL donne les résultats suivants : "Le liquide examiné est sanglant, hémolysé; il donne, après centrifugation, un dépôt peu abondant de globules rouges. Les préparations traitées par le Gram - Fuchsine ne montrent aucun germe. Le Ziehl-Neelsen ne montre pas de bacilles acido-alcool-résistants. Lesensemencements pratiqués sur plaques d'isolement et en milieux différentiels sont demeurés stériles."

La poche scrotale droite est énorme, tendue, et rien ne se distingue plus dans une grosse masse uniforme et douloureuse.

Le seul diagnostic que nous puissions faire est celui d'un infarctus du testicule, sans en pouvoir définir la cause.

L'indication thérapeutique est nette : la semi-castration.

Le malade, inquiet de son appareil cardio-vasculaire, prend l'avis du Docteur Henri CHEVALIER, qui ne trouve absolument rien d'anormal. Un prolan-diagnostic a été demandé à Monsieur HINGLAIS, et donnera les résultats suivants qui sont normaux :

Prolan A : 16 unités-rats par 24 h. (ZONDECK)

Prolan B : moins de 3 unités Hinglais

Opération (le 2 Février 1954) - Sous anesthésie au Mesdonal, incision inguino-scrotale. Pas d'hypervascularisation excessive. Incision d'une vaginale rouge violacée, très tendue. Elle contient un épanchement séro-hématique de peu d'importance, mais est encombrée de caillots sanguins assez denses.

Le testicule est doublé de volume. Il a l'aspect d'une masse rouge-noirâtre où l'on discerne mal une albuginée, très distendue, noire elle aussi, et peut-être fissurée. Le testicule est suspendu à un pédicule dont le doigt fait le tour et qui représente une portion intra-vaginale du cordon spermatique. Ce pédicule, complètement entouré de séreuse, est nettement tordu une fois sur lui-même. Le testicule est libre, en battant de cloche, dans la cavité vaginale.

La détorsion du pédicule permet de voir le sillon d'étranglement du cordon.

Ce cordon, dégagé au-dessus de la vaginale, est sectionné entre deux ligatures et le testicule est enlevé.

Drainage de la loge scrotale.

Guérison sans incidents.

Le gros testicule enlevé est fendu longitudinalement : il est totalement infarci, et dans cette grosse masse dont la section rappelle celle du boudin cru, on parvient mal à distinguer l'épididyme du testicule.

La principale cause de notre erreur de diagnostic a été l'âge de notre malade. Nous n'avons pas un instant pensé à la possibilité, à cet âge, d'une torsion testiculaire. Cependant, les divers incidents antérieurs de tuméfaction eussent pu nous faire penser à des torsions ébauchées et passagères du testicule."

OBSERVATION 7

OBSERVATION PERSONNELLE DE MONSIEUR LE DOCTEUR DELINOTTE

Monsieur X ..., âgé de 41 ans, a ressenti il y a huit jours, une douleur vive au niveau de son testicule gauche; en même temps, il remarquait que sa bourse gauche augmentait de volume.

Rapidement, la douleur spontanée diminuait pour ne devenir bientôt qu'une gêne douloureuse lorsque le malade consulte.

On observe alors à l'examen un oedème notable de la bourse gauche qui est tendue, augmentée de volume. La palpation, très douloureuse, décèle le testicule très remonté, de consistance normale. L'examen du testicule et de l'épididyme droits ne montre rien d'anormal.

Au toucher rectal, la prostate est normale. On ne retrouve aucun antécédent urinaire, ni génital. Le diagnostic de torsion du testicule est posé et l'intervention décidée.

Compte-rendu opératoire :

A l'ouverture du scrotum gauche, sous anesthésie générale, le testicule est haut situé, très près de l'orifice externe du canal inguinal. La torsion du cordon est d'à peine 90°. Le testicule et l'épididyme étant d'aspect normal, on décide de les conserver. Détorsion. Fixation. Fermeture de la paroi.

Les suites opératoires sont bonnes et l'on n'a pas noté d'atrophie testiculaire dans les mois qui ont suivi.

OBSERVATION 8

(SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS - SÉANCE DU 5 MARS 1954)

(COMMUNICATION FAITE PAR MONSIEURS KLISZOWSKI - DUBECQ - ROY CAMILLE)

Le 8 Janvier 1954, entre dans notre service un malade pour une tumeur du scrotum droit, apparue brutalement il y a dix jours et se développant assez rapidement. A l'interrogatoire, l'intéressé signale qu'il ressentit une douleur dans la bourse droite à la suite d'une longue promenade à bicyclette fit appeler un médecin qui porte le diagnostic d'épididymite. Un traitement par la streptomycine fut immédiatement institué.

A son entrée, la bourse droite contient une tumeur rénitente des dimensions d'un oeuf, la peau semble en avant adhérer à la vaginale. La palpation n'est pas douloureuse et la tension vaginale empêche de percevoir quoi que ce soit; on ne peut délimiter ni le testicule, ni l'épididyme. Pas de différentite perceptible, peut-être un léger oedème du cordon. La tuméfaction est opaque à la transillumination. La palpation de l'abdomen ne montre aucune masse lombaire. Au toucher rectal, le lobe droit de la prostate semble un peu augmenté de volume, les vésicules séminales ne sont pas perçues.

On pense donc d'abord à une hématocele et on pratique une ponction qui est blanche.

Ce diagnostic éliminé, l'indolence relative de la palpation fait évoquer la possibilité d'un cancer du testicule.

Des examens complémentaires sont demandés :

La cuti-réaction à la tuberculine est négative.

La vitesse de sédimentation est : 1^{ère} h. = 5 min.
2^{ème} h : 15 minutes.

L'examen cytobactériologique des urines ne montre rien d'anormal.

Le dosage des prolans, par injection à la lapine, donne le résultat suivant :

Aucun follicule hémorragique. Taux inférieur à 100 Unités I.B. de prolan.

La radiographie pulmonaire ne révèle rien d'anormal.

L'examen de la formule sanguine donne les résultats suivants :

Globules rouges : 4.800.000. Globules blancs : 14.900 avec polynucléose à 59 %.

Entre temps, sous l'action du repos, peut-être de la streptomycine, le placard adhérent s'était pratiquement libéré, et la tumeur présentant toujours les mêmes caractères, nous décidons le malade à accepter une intervention exploratrice avec sacrifice de la glande si nécessaire.

Le 26 Janvier 1954, sous rachi-anesthésie à la novocaïne à 4 %, nous intervenons. Incision scrotale droite au niveau de la zone d'adhérence testiculo-cutanée où une ponction blanche avait été pratiquée. La vaginale adhère au testicule; libération de la vaginale. Le testicule a un aspect terne, avec des zones à reflet verdâtre, aspect de tissu mortifié de nécrose.

L'incision de l'albuginée montre un tissu sous-jacent, fibro-névrotique anormal. La dissection vers le pôle supérieur ouvre une poche contenant du liquide roussâtre, la partie inférieure du cordon dans sa partie intra-vaginale est infarctée et est le siège d'une torsion de deux tours de spire, les veines sont thrombosées. La tête de l'épididyme est nécrosée, la queue de l'épididyme est difficilement perceptible dans le foyer nécrotique. Le malade ayant donné son accord, castration droite. On termine par un capitonnage et une suture cutanée sur drain.

Les suites opératoires furent très simples :

L'examen anatomo-pathologique donne les précisions suivantes : le fragment examiné est pratiquement constitué par un bloc fibreux présentant quelques plages hémorragiques et, en périphérie, quelques vestiges de tubes séminifères entièrement nécrotiques. Il paraît s'agir d'un infarctus ancien.

Devant les lésions, nous avons repris l'interrogatoire de notre malade et nous avons pu lui faire préciser, non seulement que la douleur avait été brutale à sa descente de bicyclette, mais qu'elle avait été extrêmement vive, avec tendance lipothymique et vomissements, symptômes qu'il n'avait pas jugé utile de nous communiquer. D'ailleurs, l'accident datant de dix jours lorsque nous l'avons vu pour la première fois, même en portant un diagnostic exact à ce moment, il était trop tard pour envisager une intervention conservatrice.

OBSERVATION 9

de Mr le DR RACHLSBERG et de Mr le PR P. ABOULKER

Monsieur S ..., 24 ans, est vu le 29 Mai 1947.

Il y a dix jours est apparue brusquement une douleur testiculaire droite extrêmement violente avec vomissements répétés et température à 39°. Son médecin pose le diagnostic d'épididymite aiguë, probablement colibacillaire, étant donné l'absence de toute infection urétrale antérieure et de tout écoulement actuel. La thérapeutique appliquée est la suivante :

- repos au lit
- propidon

Les douleurs s'atténuent - la température s'abaisse autour de 38°; mais cependant la bourse droite augmente rapidement et considérablement de volume.

C'est alors que nous sommes appelés à examiner ce malade. La bourse droite est de la taille d'un oeuf de dinde. La peau est tendue et adhérente au pôle inférieur de la masse intra-scrotale et il est impossible de distinguer dans cette masse uniforme aucun détail de l'appareil épидидymo-testiculaire. Cependant, on palpe assez facilement le cordon près de l'orifice inguinal externe et il paraît normal. Le toucher rectal permet de s'assurer que la prostate et les vésicules séminales sont indemnes.

L'interrogation apprend que le malade avait eu à de multiples reprises et cela depuis quelques mois de petites crises douloureuses testiculaires droites, survenant brusquement et disparaissant spontanément au bout de quelques heures. A la suite de ces crises apparaissait une petite hydrocèle qui se résorbait progressivement.

Nous posons le diagnostic de torsion testiculaire en faisant les plus extrêmes réserves sur la vitalité du testicule, diagnostic confirmé par le Dr P. ABOULKER appelé en consultation.

Opération dans l'après-midi du 29 Mai 1947.
(Dr RACHELSBERG)

Sous anesthésie générale, incision scrotale droite après clivage des tuniques scrotales de la masse épiddymo-testiculaire, on constate que la vaginale est symphysée au testicule et ne renferme aucun liquide - On extériorise alors en masse et on constate une torsion extra-vaginale du cordon de 180° dans le sens des aiguilles d'une montre. Détorsion - Clivage de la vaginale à la sonde cannelée et on constate alors que l'appareil épiddymo-testiculaire est totalement infarci et sphacélique par place. Seule, la castration reste possible.

Guérison après une semaine.

CONCLUSIONS

- 1° La torsion du testicule est une affection rare chez l'adulte, sans avoir pourtant ce caractère d'exception qu'on lui accorde généralement.
- 2° A côté des formes aiguës et suraiguës revêtant le tableau clinique classique de syndrome testiculaire avec gonflement important de la bourse, et où une décision opératoire d'urgence est parfois posée, il existe des formes à symptomatologie pauvre ou trompeuse qui sont certainement plus fréquentes que les premières, car généralement méconnues. Les formes récidivantes sont, elles aussi, rarement identifiées.
- 3° L'intégrité fonctionnelle et anatomique de la glande dépend de la précocité de l'intervention, aussi est-il du plus grand intérêt de différencier la torsion du cordon spermatique des orchites et des orchio-épididymites avec lesquelles elle est souvent confondue.

Le diagnostic est grandement facilité par une infiltration du cordon spermatique au niveau de sa sortie du canal inguinal, à l'aide, par exemple, d'une solution de proxaïne à 1 %. Cette méthode permet une palpation minutieuse du contenu scrotal, et révèle parfois l'ascension du testicule et la torsion du cordon spermatique.
- 4° Non traitée, la torsion du testicule évolue le plus souvent vers la nécrose ou l'atrophie de la glande, provoquées par l'ischémie due à la striction des vaisseaux du cordon au niveau de la torsion.

5° La détorsion spontanée ou la détorsion manuelle, même sous anesthésie locale, ne sauraient être des traitements définitifs, le véritable traitement du volvulus étant chirurgical.

Il faut insister sur l'urgence de l'intervention pour tenter de conserver la glande en pratiquant une orchidopexie : après détorsion, le testicule est solidement fixé au fond de ses enveloppes.

6° L'opération sera conseillée même en dehors des crises dans les formes à répétitions, et cela à titre préventif pour éviter les rechutes et leurs complications toujours possibles.

7° Enfin, dans les cas vus tardivement, où la castration s'impose, il n'est sans doute pas inutile de vouloir en partie remédier, par une prothèse en acryle, au traumatisme psychique créé par cette orchitectomie.

VU & PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur
de l'Académie de PARIS :

J. SARRAILH

Le Doyen de la Faculté de Médecine :

Léon BINET

Le Président de la Thèse :

P. BROCCQ

BIBLIOGRAPHIE

- CAMPBELL Meredith Clinical Pediatric Urology - 1953 - p.543 - 548
- CHEVASSU Archives Générales de Chirurgie, 1908, p.225
- DONOVAN Annals of Surgery, 1930, p.1455
- FEVRE Chirurgie Infantile d'urgence, 1933
- FEVRE Annales d'Anatomie Pathologique, T.VI - 1929, p.694
- JOUVE Torsion du Testicule - Etude Clinique, Thèse PARIS 1932, n°259
- KLISZOWSKI, DUBECQ, ROY Camille - Soc.Chirurgiens de PARIS, 5 Mars 1954
- LAUDE Gabriel Contribution à l'étude des torsions intra-vaginales
 du testicule chez l'adulte, Thèse PARIS 1932, N°168.
- LAPORTE La torsion du testicule, 1904
- MICHEL Presse Médicale, 1923
- MOUCHET Paris-Médical, 1922, p.68
- MOUCHET Bulletins et mémoires de la Soc. de Chirurgie, 1923, p.201
- OMBREDANNE La Presse Médicale, 1913, p.595
- PERARD Journal d'Urologie, T.25, 1928, p.22
- PERSIC Ivan Contribution à l'étude de la torsion du testicule
 Travail titre Assistant étranger, 1939, Vol.12 - N°10 (113-200)
- PILLET Jean Du rôle du sympathique dans certains cas de torsion du testicule
 chez l'enfant, Thèse PARIS 1940, N°204
- SMITH G.I. California Medicine, Juin 1953, 78 - 506
 In What's new ? 1953, N°179
- SORREL Bull. & Mem. de la Soc. de Chirurgie, 1935, p.1270
- SOULICOUX Bull. & Mem. de la Soc. de Chirurgie, 1935, p.1136
-

